

**ÖSTERREICHISCH-MAZEDONISCHES ABKOMMEN
ÜBER SOZIALE SICHERHEIT**

**АВСТРИСКО-МАКЕДОНСКА КОНВЕНЦИЈА
ЗА СОЦИЈАЛНО ОСИГУРУВАЊЕ**

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ANZUWENDENDEN RECHTSVORSCHRIFTEN

ПОТВРДА ЗА ПРИМЕНА НА ПРАВНИТЕ ПРОПИСИ

(1)

Abkommen: Art. 7, 8 und 9
Конвенција: Член 7, 8 и 9

Mazedonisches Aktenzeichen
Македонски број на предметот

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Matrikelnummer
Македонски ЕМБГ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Durchführungsvereinbarung: Art. 4
Спогодба за спроведување на
Конвенцијата: Член 4

Österreichische Versicherungsnummer
Австриски број на осигурување

--

1. Versicherte(r)
Осигуреник/чка

1.1	Familienname(n) / Nachname(n) Презиме/иња / Друго презиме/иња	Vorname(n) Име/иња
.....	
1.2	Geburtsdatum Датум на раѓање	Frühere Namen Име при раѓање
.....	
1.3	Adresse in Österreich ⁽²⁾ Адреса во Австрија	
.....		

IN FÄLLEN DER ENTSENDUNG (ARTIKEL 7 UND 9 DES ABKOMMENS) AUSZUFÜLLEN
ДА СЕ ПОПОЛНИ ВО СЛУЧАЈ НА УПАТУВАЊЕ (ЧЛЕН 7 И 9 ОД КОНВЕНЦИЈАТА)

2. Dienstgeber in Österreich
Работодавач во Австрија

2.1	Name oder Firmenname Име или име на фирма
.....	
2.2	Adresse ⁽²⁾ Адреса
.....	

3. Entsendung **Art. 7** **Ausnahmevereinbarung** **Art. 9** ⁽³⁾
Упатување **Чл. 7** **Договор за исклучок** **Чл. 9**

3.1	Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte wird voraussichtlich für die Zeit Осигуреникот/чката наведен/а во точка 1 вероватно во периодот	
vom bis		
од до		
von dem unter Punkt 2 angeführten Dienstgeber in folgendes Unternehmen entsendet: работодавач наведен во точка 2 ќе го/ ја упати на работа во следното претпријатие:		
3.2	Name oder Firmenname in Mazedonien Име или име на фирма во Македонија	
.....		
3.3	Adresse ⁽²⁾ Адреса	
.....		
3.4	Bei der/dem Betreffenden gelten während des oben angeführten Zeitraumes die österreichischen Rechtsvorschriften . Во односниот случај, за време на горе наведениот временски период ќе важат австриските правни прописи .	

3.5 **In Fällen einer Ausnahmevereinbarung nach Art. 9 des Abkommens auszufüllen:
Да се пополни во случај на договор за исклучок согласно Чл. 9 од Конвенцијата:**

<p>3.5.1 Zuständige Behörde in Österreich: Надлежни органи во Австрија: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Stubenring 1 1010 Wien ÖSTERREICH</p>	<p>Zuständige Behörde in Mazedonien: Надлежни органи во Македонија: Министерство за труд и социјална политика ул. "Даме Груев" бр. 14 1000 Скопје МАКЕДОНИЈА</p>
<p>Aktenzahl Број на акт </p>	<p>Aktenzahl Број на акт </p>

**IN FÄLLEN EINER WAHL (ARTIKEL 8 DES ABKOMMENS) AUSZUFÜLLEN
ДА СЕ ПОПОЛНИ ВО СЛУЧАЈ НА ИЗБОР (ЧЛЕН 8 ОД КОНВЕНЦИЈАТА)**

**4. Wahl
Избор**

4.1 Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte ist seit bei dem nachstehend angeführten Dienstgeber beschäftigt und unterliegt auf Grund der getroffenen Wahl gemäß Artikel 8 des Abkommens den **österreichischen Rechtsvorschriften**.

Осигуреникот/чката наведен/а во точка 1 е вработен/а кај подолу наведениот работодавач од и врз основа на направениот избор согласно член 8 од Конвенција подлежи на **австриските правни прописи**.

4.2 Name des Dienstgebers in Mazedonien
Име на работодавач во Македонија

.....

4.3 Adresse ⁽²⁾
Адреса

.....

**5. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger
Надлежен австриски носител за здравствено осигурување**

5.1 Name
Име

.....

5.2 Adresse ⁽²⁾
Адреса

.....

5.3 Stempel
Печат

Datum
Датум

.....

Unterschrift
Потпис

.....

Hinweise
Објаснување

- (1) Das Formular ist vom **zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger** auszufüllen und der/dem Versicherten oder dem Dienstgeber auszuhändigen.
Формуларот го пополнува **надлежниот австриски носител за здравствено осигурување** и го предава на осигуреникот/чката или на работодавачот.
- (2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.
Поштенски број, место, улица и број, држава.
- (3) Das entsprechende Kästchen ist anzukreuzen.
Потребното да се обележи.

Wichtige Hinweise für die/den Versicherte(n)
Важно објаснување за осигуреникот/чката

Bei einem Arbeitsunfall sind unbedingt der zuständige österreichische Krankenversicherungsträger und der Dienstgeber zu verständigen.

При повреда на работа задолжително треба да се известат надлежниот австриски носител за здравствено осигурување и работодавачот.